

UTILITARUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠTEKLIŲ SKIRSTYMO MODELIS

Sigita Jakutytė

Lietuvos filosofijos ir sociologijos instituto
Etikos skyrius
Saltoniškių g. 58, LT-2600 Vilnius
Tel./faks. (370-2) 75 28 55

Straipsnyje aptariamas utilitarizmo teorijos taikymas sprendžiant sveikatos priežiūros išteklių skirstymo problemą. Pirmoje straipsnio dalyje pateikiama naudingumo principo taikymo sveikatos priežiūros sistemoje samprata. Teorinis naudingumo principo aiškinimas siejamas su praktiniais medicinos tikslais. Antroje straipsnio dalyje svarstoma utilitari metodika, analizuojama jos specifika, išryškina mi pranašumai ir trūkumai. Utilitari metodika kritikuojama dėl to, kad šios metodikos taikymas sveikatos priežiūrai grindžiamas skirtingų ekonominių bei etinių kategorijų bendramatiškumu. Trečioje dalyje plačiau aptariama utilitari gyvenimo vertės samprata. Gyvenimo vertės nustatymas apskaičiuojant jo ekonominę vertę laikomas nepakankama sąlyga tam, kad būtų padidinta bendra nauda. Pasirinkta straipsnio struktūra padeda geriau išryškinti utilitarizmo teorijos taikymo sveikatos priežiūros sistemoje ribas.

Prasminiai žodžiai: sveikatos priežiūra, naudingumas, gyvenimo vertė, kainos ir gydymo efektyvumas, nešališkumas.

Išvadas

Šiame straipsnyje pateikiame filosofinę sveikatos priežiūros išteklių stygiaus problemos interpretaciją. Daugiausia dėmesio skiriame vienam iš Lietuvos sveikatos programos, sudarytos 1997–2010 metų laikotarpiui, punktų, susijusių su sveikatos priežiūros finansavimo reforma. Šiame punkte teigiama, kad „sveikatos priežiūros finansavimas turi būti vykdomas atsižvelgiant į naudingumą“ (Lietuvos sveikatos programa 1997–2010: 44). Naudingumas čia suvokiamas „kuo didesnės naudos pacientiui“ prasme. Straipsnyje siekiame plačiau aptarti naudingumo sampratą, taikomą sveikatos priežiūros sistemoje, bei metodiką, pagal

kurią gali būti apskaičiuojamas naudingumas. Šiam tikslui pasitelksime etinę utilitarizmo teoriją, kuri teigia, kad naudingumas yra individualią ar socialinę reikšmę turinčio veiksmo padarinių vertės matas. Be to, naudingumas utilitarizmo teorijoje yra laikomas didžiausiu gėriu. Šio termino vartojimas aptariant medicinos tikslus reiškia filosofinę minėtos problemos interpretaciją.

Vienas iš svarbiausių strateginių Lietuvos sveikatos priežiūros politikos uždavinių decentralizuojant sveikatos priežiūros sistemą – kaip racionaliai panaudoti valstybės skiriamas lėšas. Ankstesnėje centralizuotoje sistemoje ši problema nebuvo keliama, todėl medicinos paslaugos buvo prastos kokybės, o lėšos švaisto-

mos arba jų skiriama per mažai, kad gydymas būtų normalus. Tačiau ir dabartinės Sveikatos programos uždaviniai turi būti vertinami kritiškai: reikia atskleisti tam tikrus teorinius prieštaravimus, kuriuos nesunku pastebėti jau pačiame programos tekste. Čia išskiriami trys dabartinės sveikatos priežiūros principai: „sveikatos priežiūros prieinamumas, sauga ir efektyvumas“ (Vyriausybės sveikatos programa 2000–2004: 2). Taip pat pabrėžiama, kad jų veikimas turi būti pagrįstas nešališka valstybine kontrole. Šiose programinėse nuostatose pastebime tam tikrų prieštaravimų. Efektyvumą parodo veiklos rezultatai, tačiau ne visi rezultatai gali būti efektyvūs. Efektyvumo sąlyga yra atranka, vykdoma pagal aiškius kriterijus. Atrankos principas prieštarauja nešališkumo principui: efektyvi sveikatos priežiūra negali būti prieinama visiems. Atsiduriame akavietėje: sveikatos priežiūros kokybė arba žmonių sveikata gali pagerėti negydant tam tikrų ligonių arba atsisakant tam tikrų paslaugų. Tad straipsnyje svarstome efektyvumo principo reikšmę ir jo prieštarumą.

Beveik visi panaudoti šaltiniai yra užsienio autorių. Dažniausiai minimos M. Lockwoodo, J. Harrio bei A. Buchanano pavardės. Šie autoriai pateikia filosofinę sveikatos priežiūros finansavimo problemos interpretaciją pagal utilitarizmo teorijos principus. Jų straipsniuose išdėstoma plati ir išsami šios sudėtingos problemos analizė. Be minėtų autorių, cituojami ir kiti, kurių tekstai tik fragmentiškai yra susiję su analizuojama problema. Iš lietuviškų šaltinių parankiausia dokumentinė medžiaga – minėta 1997–2010 m. Sveikatos programa bei kita Sveikatos apsaugos programa, sudaryta trumpesniai, 2000–2004 m., laikotarpiui. Utilitarizmo teisingumo sampratos aiškinimą randame moksliniame E. Gefeno straipsnyje „Teisingumas ir šiuolaikinės medicinos kolizijos“.

Taip pat pasitelkiamas praktinis utilitarizmo teorijos taikymo JAV Oregono valstijoje pavyzdys, laikomas vienu reikšmingiausių ir labiausiai pamokomų medicinos istorijoje.

Naudingumo samprata

Paprasčiausia utilitari sveiku protu grįsta nuostata būtų tokia: sveikatos priežiūros ištekliai, darant sprendimus tiek *macro* – valstybiniame, tiek *micro* – individualiame lygį, turi būti skirstomi taip, kad jie atneštų didžiausią gerį. Didžiausias gėris gali būti bendras ir individualus. Gerinant visuomenės sveikatą siekiama bendro gėrio, o tuomet, kai pastangos dedamos tam, kad būtų pagerinta žmogaus sveikata, siekiama individualaus gėrio. Remiantis utilitarium požiūriu, aukščiausio gėrio sveikatos priežiūroje siekiama tiek atsižvelgiant į bendrą visuomenės gerovę, tiek į kiekvieno asmens gerovę. Tačiau šios dvi – individuali ir bendroji – gėrio rūšys gali viena kitai prieštarauti, nes tai, kas gali būti naudinga individui, kas gali pagerinti jo sveikatą, gali būti nenaudinga visuomenei, ir atvirkščiai. Pagal utilitarų požiūrį, turi būti siekiama maksimalaus sveikatos pagerinimo, tačiau iškyla problema, ar įmanoma pagerinti bendrą sveikatos priežiūros lygį kartu garantuojant moralinį nešališkumo principą.

Didžiausio gėrio sąvoka yra artimesnė šiuo laikinio utilitarizmo požiūriui, kuris klasikinej utilitarizmo teorijoje suformuluotą naudingumo sampratą papildė nauja prasme. Laimė yra individuali sąvoka, tuo tarpu didžiausias gėris yra bendroji sąvoka. Laimės sąvoka apima individualią gerovę, o didžiausio gėrio sąvoka individualius poelgius vienijantį ir įprasminantį pagrindą, bendrą gerovę. Kadangi sveikatos priežiūra prilygsta šiam bendram visus visuomenės narius vienijančiam pagrindui, turim

samprotauti ne apie laimės dalį, kurios kiekvienas individas gali tikėtis iš sveikatos priežiūros, bet apie didžiausią gėrį, kurio siekiama maskiriant sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau gėris, kurio siekia sveikatos priežiūra, gali būti matuojamas tik individualaus gėrio masteliu, t. y. kol nėra pagerinama individo sveikatos būklė, tol didžiausias gėris tėra beprasmė moralinė kategorija, kurios praktika nepatvirtina.

Taigi jei sveikatos priežiūra siekia didžiausio gėrio, utilitarus požiūris į sveikatos priežiūros išteklių skirstymą yra veikiau velfaristinis nei eudaimonistinis. „Velfarizmas: vertinimą, kokia yra palyginti gera reikalų padėtis, reikia grįsti vadovaujantis vien tuo, kokia yra atskirų šioje padėtyje teikiamų paslaugų visuma, ir laikyti jį vis labiau priklausomu nuo šios visumos“ (Sen 1979: 463). Pagal šį A. Seno teiginį, sveikatos priežiūra gali būti vertinama kaip gera tuomet, kai teikiant paslaugas visų pirma atsižvelgiama į bendrą paslaugų visumą ir tik po to sprendžiama, kuriai iš alternatyvių paslaugų teikti pirmenybę.

Abstrakti sveikatos priežiūros tikslo – didžiausio gėrio siekimo – formuluotė provokuoja kitą klausimą: kas sudaro didžiausią gėrį? Ar yra ypatinga, atskira sveikatos priežiūros gėrio rūšis. „Svarbiausia gėrio rūšis, kurią sveikatos priežiūra gali pasiekti, tai gyvybių išgelbėjimas arba, daug tiksliau, mirties atidėjimas“ (Lockwood 1988: 34). Mirties atidėjimas nors ir svarbus, bet ne vienintelis medicinos tikslas. Žmogus gydomas ne vien siekiant išgelbėti jį nuo priešlaikinės mirties, bet ir dėl to, kad būtų palengvintas arba pašalintas skausmas, kurį jis kenčia. Taigi gėris, kurio siekia sveikatos priežiūra, apima ne tik būsimą, bet ir esamą sveikatos būklę. Būsima sveikatos būklė gali būti išmatuojama objektyviais medicinos kriterijais, t. y. prognozuojant ir vertinant gydy-

mo rezultatus. Esama sveikatos būklė gali būti įvertinama pagal subjektyvius kriterijus, t. y. pagal asmens poreikio stiprumą ir ligos sunkumą nustatant tam tikrą diagnozę. Gėris, kurio siekiama teikiant medicinos paslaugas, yra susijęs su dviem tikslais. Sveikatos priežiūros tikslas yra atitolinti mirtį, todėl kuo didesnį gyvenimo trukmės intervalą ji garantuoja, tuo ji naudingesnė. Kita vertus, sveikatos priežiūra turi palengvinti žmogaus kančias, todėl juo mažiau skausmo jos dėka žmogus kenčia dėl ligos, tuo jis laimingesnis. Kalbant ekonomikos terminais, tai būtų *macro* ir *micro* tikslas – pirmasis yra susijęs su socialiniu gėriu, antrasis – su individualiu.

Taigi sveikatos priežiūros gėris yra dvejoipas. Tai bendras gėris, nes teikiant paslaugas visų pirma siekiama kuo didesnio naudingumo. Paslaugos naudingumo vertė nustatoma pagal kainos ir gydymo būdo efektyvumą taip, kad būtų garantuojami kuo geresni gydymo rezultatai kuo didesniam ligonių skaičiui. Tai taip pat individualus gėris, nes kiekvienos paslaugos teikimo sąlyga yra asmens poreikis ją gauti. Pastarasis taip pat implikuoja naudingumo vertę. Tai reiškia, kad paslauga yra naudinga, jei ji pagerina asmens sveikatos būklę. Tačiau ne visi poreikiai gali būti patenkinami vienodai, priešingu atveju sveikatos priežiūra gali tapti nebenaudinga.

Norėdami pateisinti sveikatos priežiūros gėrį kaip moralinę kategoriją, turime rasti šių dviejų gėrio rūšių ryšį. Sveikatos priežiūros gėris yra ne ideali, bet reali vertybė arba moralinė kategorija, kurią turėtų lemti racionalūs, medicinos praktikoje taikomi kriterijai. Daugelis utilitarią tradiciją analizuojančių autorių gėrio, kurį sukuria sveikatos priežiūra, kriterijumi – nors ir labai vienpusišku – laiko viso gyvenimo tikimybės išplėtimą, t. y. įgytus gyvenimo metus. Vadinas, kuo labiau sveikatos

priežiūra prailgintų gyvenimo metus, tuo daugiau individualaus ir bendro gėrio ji turėtų duoti.

Svarbu išskirti tai, kad pratęsiama gyvenimo trukmė turi būti skaičiuojama ne vien pagal išgyventų metų kiekį, bet ir pagal jų kokybę. „Sprendimai, kuri sveikatos priežiūros išlaidų forma atneša didžiausią gėrį, paprastai reikalauja subalansuoti gyvenimą stiprinančius ir gyvenimą pratęsiančius aspektus: gyvenimo kokybė ir kiekybė turi būti perteikta kaip abi-pusiškai bendramatė“ (Lockwood 1988: 35). Tokia pozicija atmeta besąlygišką gyvybės gelbėjimo taisyklę, kuriai buvo įsipareigojusi visa tradicinė hipokratinė medicina. Ji teigia, kad negalima laikyti gėriu, pavyzdžiui, nebegrižtamoje vegetacinėje būklėje atsidūrusio asmens gyvybės palaikymo. Šiuo atveju gyvybė gali būti dirbtinai tęsiama, t. y. pratęsiamas gyvenimo laikas, tačiau akivaizdu, kad toks asmuo vėliau bus primygtinai verčiamas gyventi, nes iš tikrųjų jis jau ne gyvens, bet merdės. Kokybiško gyvenimo tikimybė šiuo atveju bus neigatyvi, nors gydymas pagal hipokratinės medicinos taisyklę – gelbėti gyvybę bet kokia kaina – turi būti tęsiamas.

Jeigu sveikatos priežiūra pirmiausia siekia prailginti kokybiško gyvenimo trukmę, tuomet efektyviais ir naudingais bus laikomi pirmiausia tie gydymo būdai, kurie garantuoja kuo didesnę gyvenimo trukmę. Tačiau gyvenimo trukmės terminas yra gana keblus. Jeigu gyvenimo trukmė nėra matuojama vien laiko parametrais, tuomet jai turi įtakos ir kitas veiksnys – vertė, kurią asmens gyvenimui priskiria jis pats ir visuomenė, t. y. asmeninė ir socialinė vertė. Tad skaičiuojant gyvenimo metus turi būti atsižvelgiama ir į gyvenimo vertę. Gyvenimo vertės sąvoka padeda paaiškinti gyvenimo kokybę. Kyla klausimas: ar įmanoma nustatyti gyvenimo vertę remiantis utilitaria skai-

čiavimo metodika? Atsakydami į šį klausimą pirmiausia išanalizuokime utilitarios metodikos specifiką.

Utilitari metodika

Praktinis metodas, kuriuo nustatoma kokybinė ir kiekybinė gyvenimo metų vertė, – tai nustatytos kokybės gyvenimo metų (NKG) skaičiavimas (*quality adjusted life years*). Remiantis šiuo metodu matuojamas sveikatos priežiūros efektyvumas bei nustatomis sveikatos priežiūros prioritetai, t. y. paslaugų rūšys, kurios turi būti suteikiamos pirmiausia. NKG metodo esmę tiksliai nusako A. Williamsas, laikomas šio metodokūrėju: „Nustatytos kokybės gyvenimo metų esmė yra ta, kad vienerių sveiko gyvenimo tikimybės metų vertė yra lygi 1, tuo tarpu nesveiko gyvenimo tikimybės metų vertė yra mažesnė negu 1. Jų tikslus vertingumas yra juo mažesnis, juo blogesnė nesveiko asmens gyvenimo kokybė (būtent tai ir parodo „nustatytos kokybės“ dalis). Jeigu mirusiojo vertė yra lygi 0, tai iš principo galimas dalykas, kad NKG bus neigatyvūs, tai reiškia, kad kieno nors gyvenimo kokybė bus laikoma blogesnė negu mirusiojo“ (Williams 1985: 3). Vieneri kokybiško gyvenimo metai yra vertinami vienodai nepriklausomai nuo to, kam jie priskiriami. Tokių metų skaičiavimą sudaro atitinkama gyvenimo trukmės ir kokybės proporcija. Tarkim, vienerių sveiko gyvenimo metų kokybė, įvertinta 100 %, yra ekvivalentiška dviem gyvenimo metams, kurių kokybė yra 50 %, taip pat dešimčiai gyvenimo metų, kurių kokybė yra 10 %, ir t. t. Atitinkamai sveiko asmens (1 (vieneri sveiko gyvenimo metai): 100 % (jų kokybė)), neregio – (2 : 50), kvadriplegiko – (10 : 10 %) NKG bus įvertinti vienodai.

Vieneri NKG yra prilyginami vienetui ir nepaisoma, kokiam asmeniui šie metai priski-

riami. Anot J. Harrio, NKGM išreiškia idėją, kad „vienerių sveiko gyvenimo metų vertė yra vienoda, nesvarbu, kas juos gauna“ ir kad kiekvieno asmens vertinimai turi „vienodą svorį“ (Harris 1998: 78). Vienoda vieneto vertė, besąlygiškai priskiriama bet kuriam asmeniui, reiškia, kad „kiekvienas priskaičiuojamas kaip vienas ir nė vienas daugiau kaip vienas“ (Chadwick 1993: 92). Taip formuojamas moralinis šio metodo pagrindas – lygybė sveikatos priežiūroje reiškia tai, kad pavieniai asmenys negali būti diskriminuojami. Teisingumo idėja yra įtraukiama pirmiausia ne į maksimizavimo rezultatą, bet į utilitarų skaičiavimą. Tai reiškia, kad skaičiuojamas alternatyvių gydymo būdų panaudojimo rezultatas pagal jų kainą ir efektyvumą ir tik paskui nustatomi gydymo būdų prioritetai.

Toliau A. Williamsas teigia: „pagrindinė mintis yra tokia, kad naudinga sveikatos priežiūros veikla yra ta, kuri generuoja pozityvų NKGM kiekį, ir kad efektyvi sveikatos priežiūros veikla yra ta, kur kaina už NKGM yra tokia maža, kokia tik gali būti. Aukštą prioritetą turi tokia sveikatos priežiūros veikla, jei kaina už NKGM yra maža, žemą – jei kaina už NKGM yra didelė“ (Williams 1985: 3). Ši citata paaiškina, kaip nustatomi prioritetai taikant utilitarią skaičiavimo metodiką. Pagal kainos efektyvumo principą, sveikatos paslaugos vertė priklauso ne tik nuo tikėtinų gydymo rezultatų, tokių kaip gyvenimo prailginimas, skausmo sumažinimas, bet ir nuo paslaugų kainos bei ligonių, kurių būklė po to pagerės, skaičiaus. Net ir labai didelę naudą teikiantys gydymo būdai negali būti laikomi svarbiais, jei šių gydymo būdų kaina yra labai didelė arba jei jie teikia naudą tik labai nedaugeliui žmonių.

Paslaugų vertės nustatymą pagal gydymo kainos ir naudos kriterijus galime iliustruoti

pavyzdžiu iš medicinos istorijos. 1989 metais JAV Oregono valstijos įstatymų leidžiamoji valdžia pasirašė bazinių sveikatos paslaugų aktą. Šiame akte Sveikatos paslaugų komisija išdėstė sąrašą, apimančią svarbiausias ir ne tokias svarbias paslaugas, kurios turėtų būti teikiamos visiems gyventojams. Pagal paslaugų klasifikavimo kriterijus galėtume išskirti du šio proceso etapus. Pirmą kartą paslaugos buvo klasifikuojamos pagal kainos ir efektyvumo kriterijų. Galutiniame sąraše tarp prioritetinių paslaugų atsidūrė kategorijos paslaugų, susijusių su apsilankymais pas gydytoją dėl šiek tiek pakitusios sveikatos būklės: dantų, gerklės ar nugaros skausmo. O tokios gyvybę gelbstinčios chirurginės intervencijos kaip apendicito operavimas dėl didelės kainos atsidūrė sąrašo gale. Šis sąrašas prieštarauja sveikamprotui, todėl jis nepatenkino didesnės visuomenės dalies. Antrame paslaugų prioriteto sudarymo etape jau buvo atsižvelgta ne tik į gydymo kainą, bet ir į gydymo rezultatą. Anot D. Hadorno, paslaugų sąrašas buvo sudaromas „pagal tris subjektyvius kriterijus: vertę individui, vertę visuomenei ir tam tikros paslaugos būtinumą“ (Hadorn 1994: 735). Pagal šiuos kriterijus buvo labai vertinami tokie paslaugų tipai kaip prenatalinė priežiūra ir prevencinės paslaugos. „Prioritetas buvo teikiamas gyvybei keliančios grėsmės ligos gydymui, kai gydymas grąžina gyvenimo tikimybę ir ankstesnę sveikatos būklę“ (Hadorn 1994: 735). Taigi antrasis paslaugų sąrašas buvo sudaromas atsižvelgiant ne tik į gydymo kainą, bet ir į gydymo naudą. Apskaičiuota, kad, atsisakius brangiai kainuojančios transplantacijos, būtų galima teikti efektyvesnę prenatalinę priežiūrą ir taip išsaugoti gyvybę didesniai skaičiui būsimų kūdikių. Beje, tokio pobūdžio utilitariu skaičiavimu JAV sveikatos priežiūros politika grindžiama iki šiol.

Tai, kaip atliekamas NKGM skaičiavimas, parodo tokia schema. Tarkim, turime pakankamai informacijos apie Petro ir Jono būklę, kad galėtume apskaičiuoti jų NKGM. Jonas yra kvadriplegikas, patyręs stuburo traumą, po kurios juda tik sėdėdamas vežimėlyje. Petras yra diabetikas, jo judesiai nėra riboti, tačiau jis turi laikytis griežto dienos režimo, atsisakyti tam tikro maisto. Kad būtų nuspręsta, kuriam iš jų skirti gydymą, pirmiausia reikia įvertinti, kokia kiekvieno būklė bus be gydymo, o po to – kaip ji pasikeis po gydymo. Abiem atvejais rezultatas (u) yra tikimybės funkcija, apimanti efektą (p), įgytus gyvenimo metus (y) ir gerovės kokybės padidėjimą (q). Rezultatas išreiškia bendrą naudą individui prieš gydymą ir po gydymo. Jono būklės įvertinimas prieš gydymą: $p = 1, y = 20, q = 0,4$ ($u = 8$); po gydymo: $p = 1, y = 20, q = 0,6$ ($u = 12$). Bendra nauda Jonui yra 4 NKGM. Petro būklės įvertinimas prieš gydymą: $p = 1, y = 20, q = 0,8$ ($u = 16$); po gydymo: $p = 1, y = 20, q = 1$ ($u = 20$). Bendra nauda Petrui taip pat 4 NKGM*. Abiejų ligonių NKGM įvertinami vienodai, tačiau gerovės kokybė išlieka skirtinga. Pagal utilitarų skaičiavimą pirmenybė turi būti suteikiama tam teigiamam skaičiui, kuris yra didesnis. Didesnė tikimybė, kad bus gydomas Petras, nes jo gerovės skalės rodikliai yra aukštesni. Tuo tarpu Jono būklė net ir po gydymo neprilygs Petro būklei, jei jis nebūtų gydomas. Utilitarai darytų išvadą, kad Petro gydymas yra efektyvesnis.

Taigi vienas principas, kuris išryškina NKGM metodikos taikymo pranašumą, yra proporcinga vertė. Proporcingos vertės principo esmė yra ta, kad gydymas turi būti vertinamas atsižvelgiant į naudos proporciją, ku-

rią jis turėtų teikti pacientams. Pirmiausia įvertinama asmens gyvenimo kokybės tikimybė be gydymo, o po to įvertinamas gyvenimo tikimybės pasikeitimas po gydymo. Tad skaičiuojant gyvenimo tikimybės pokyčius nustatoma, kuris gydymo būdas yra efektyvesnis. Niekas neprieštaraus, kad efektyvesniais laikomi tie gydymo būdai, kurie teikia didelės vertės rezultatus, tokius kaip skausmo sumažinimas, ligos išgydymas. Jie lyginami su tais gydymo būdais, kurie teikia mažesnės vertės rezultatus: tik nežymų gyvenimo trukmės prailginimą atliekant sudėtingas, šalutinių poveikių darančias procedūras, kurios dažniausiai taikomos prievartiniam terminalinių ligonių gydymui.

Šis metodas gali būti taikomas ir atsižvelgiant į racionalaus asmens preferencijas: kiekvienas racionalus asmuo, užuot pasirinkęs ilgą, bet dėl sunkios ligos nevisavertį gyvenimą, rinktųsi trumpesnį, bet sveiką gyvenimą. Kiekvienas teiktų prioritetą sveikam gyvenimui, nors sveiko gyvenimo trukmė apimtų vos keiserius metus. Taigi kitas principas, pateisinantis NKGM metodikos naudojimą, yra sveiko proto principas. Jo esmė yra ta, kad kiekvienas sveiko proto žmogus norėtų gauti kuo didesnę naudą iš gydymo, todėl ir teiktų pirmenybę tam gydymui, kuris maksimaliaipagerintų jo gerovę. Jei abu gydymo būdai vienodai prailgina gyvenimo metus, pirmenybė būtų teikiama tam, kuris duoda daugiau naudos gyvenimo kokybės prasme.

Utilitarios metodikos prieštaravimai

Pirmasis NKGM metodikos prieštaravimas kyla dėl vadinamojo eidžeizmo (*ageism*). Kaip teigėme, taikant šią metodiką pirmiausia turi būti matuojami mediciniškai pratęsimi gyvenimo metai. Gyvenimo metų kokybę nustato

* Šis skaičiavimo pavyzdys paimtas iš L. Hanssono straipsnio.

ne pats asmuo, bet medicinos paslaugų personalas, kuris ir pasirenka gydymo prioritetus. Ligoniai ar ligonių grupės parenkamos ne pagal jų poreikius, bet pagal gydymo efektyvumą ir gydymo kainą: juk utilitariškai siekiant naudos pirmiausia atsižvelgiama į maksimalių rezultatų galimybę, o ne į aktualų reikavimą skirti tam tikrą, būklės sunkumo laipsnį atitinkantį gydymą. Vadinasi, skaičiuojant gyvenimo metus, turi būti atsižvelgiama į būsimo gyvenimo trukmę: efektyvesnis tas gydymas, kuris skiriamas ligoniui, turinčiam didesnę gyvenimo trukmės potenciją. Pavyzdžiui, renkantis, kuriam iš dviejų ligonių, turinčių nesveikus inkstus, – vienam iš jų 20 metų, kitam 80 – skirti dializės procedūrą, pirmenybė turės būti suteikiama jaunesniajam.

Visuomet yra didesnė tikimybė, kad jaunesnio amžiaus žmogus turi didesnę gyvybingumo potenciją negu senyvo amžiaus žmogus. Tačiau tokia nuostata prieštarauja lygybės idėjai: senyvo amžiaus žmogus teiks vienodą vertę savo gyvenimui kaip ir jauno amžiaus žmogus. Žinodamas gyvenimo kainą, perejęs daugybę asmeninių, profesinių, socialinių išbandymų, senyvo amžiaus žmogus greičiausiai net labiau už jaunąjį, kuriam viskas dar ateityje, vertins savo gyvenimą. NKGM metodu gyvenimo vertė matuojama ne pagal žmogaus individualumo kriterijų, bet pagal jo gyvenimo metų kriterijų. Nors utilitari metodika iš dalies galėtų būti pateisinama tuomet, jei laikytumės tokios nešališkumo sampratos: nešališkumas reikalauja, kad pirmenybė būtų teikiama ne tiems, kurių poreikiai yra neatidėliotini, o tokius poreikius dažniausiai turi senyvo amžiaus žmonės, bet tiems, kam labiausia reikia sveikatos priežiūros. Tuomet poreikio „dydis“ gali būti apskaičiuojamas pagal individo būsimo gyvenimo naudingumo bendrai valstybės gerovei tikimybės laipsnį. Tačiau ar gali-

ma individo gyvenimo vertę sutapatinti su jo būsimo indėliu į valstybės biudžetą? Tai aptarsime paskutiniame straipsnio skyriuje.

Eidžeizmo, būdingo NKGM metodui, kritiką galėtume pagrįsti teiginiu: „principas „kiekvienam pagal tai, kas generuos daugiausia NKGM“, potencialiai prieštarauja principui „kiekvienam pagal poreikius“ (Lockwood 1988: 45). Tai reiškia, kad asmuo neturi teisės į sveikatos priežiūrą, jei jo gydymas yra neefektyvus. Skirstymas turi būti atliekamas ne pagal poreikių, bet pagal naudos principą. Kitaip tariant, skirstymo rezultatai turi „atsispindėti asmens gerovės indekse“ (Hansson 1994: 357). Tai iliustruoja mūsų aptartas pavyzdys. Iškilus dilemai, kuris iš dviejų ligonių – kvadriplegikas ar diabetikas – turės būti gydomas, pirmenybė bus teikiama antrajam. Kvadriplegiko būklė nors ir sunkesnė, tačiau net ir po gydymo jo gerovė neprilygs diabetiko gerovei. Jei bendra gydymo nauda bus didesnė diabetikui, tai atsispindės aukštesnėje jo gerovės skalėje, vadinasi, ir jo gydymo vertė bus didesnė. „NKGM diktuoja, kad mes teiktume pirmenybę ne tiems, kurie turi didesnę gyvenimo tikimybę, bet greičiau tiems, kurie didesnę gyvenimo tikimybę gauna gydomi“ (Harris 1988: 79).

Tačiau medicinos etikos ir medicinos praktikos požiūriu (pagrindine norma laikoma tai, kad pirmenybė turi būti teikiama tiems, kieno būklė blogiausia) šis sprendimas būtų neteisingas. Jeigu siekiama maksimalių rezultatų, tačiau ignoruojamas skausmas, kurį patiria žmonės, medicina neatlieka savo pagrindinės funkcijos ir kartu nesiekia gėrio. Jei atsižvelgiama vien į tai, kokia bus sveikata po gydymo, ignoruojami sunkios sveikatos būklės pacientai: suteikiamas gydymas tik tiems, kieno rezultatų prognozė yra pozityvi. Kita vertus, jei gydoma siekiant padidinti NKGM, o ne pa-

gerinti asmens sveikatos būklę, tuomet ignoruojamas pats skirstymas: gydymas skiriamas pagal rezultata, o ne pagal aktualius skirtingų asmenų poreikius, kurie remiantis nešališku principu turėtų būti laikomi vienodais.

Bė to, toks sprendimas veikiau būtų orientuotas į medicininę sėkmę negu į realias skirstymo problemas. Asmens poreikių ignoravimas taip pat reikštų nešališkumo arba lygybės principo nepaisymą. Ligoniai būtų atrenkami pagal gydymo naudą. Geriausiu atveju utilitarus požiūris teisingumo principą patenkintų tuomet, kai vertinant gydymo alternatyvas būtų renkama informacija apie visus potencialius pretendentes į gydymą. Taip būtų toleruojamas kiekvienas ligonis, tačiau realų gydymą gautų tik kai kurie iš jų, galimas daiktas, ne patys sunkiausi.

Kitas prieštaravimas kils dėl ekonominių priežasčių, vadinamojo ekonomizmo. Ekonomizmas reiškia tai, kad lygybės principas negali būti patenkintas dėl ekonominių priežasčių. NKGK metodologija reikalauja taupumo. Aukštas prioritetas, kaip aiškino Williamsas, teikiamas tokiai sveikatos priežiūros veiklai, jei kaina už NKGK yra maža ir, atvirkščiai, žemas prioritetas – tokiai veiklai, jei kaina už NKGK yra didelė. Mes privalome pasirinkti ne tik tą gydymo būdą, kuris suteiks maksimalią gyvenimo trukmę (eidžeižmas), bet ir tą būdą, kuris yra pigiausias. Vadinasi, skiriant gydymą prioritetas turi būti teikiamas tai ligai, kuri gali būti pigiausiai pagydoma. Rezultatas gali būti toks, kad žmonės apskritai nebegalės tikėtis gauti kokią nors gydymą – jie paprasčiausiai bus nurašomi ir jų moralinis visuomenės pagalbos prašymas bus ignoruojamas.

Taiigi ekonomizmas, kaip ir eidžeižmas, neigia nešališkumo principo taikymą sveikatos priežiūrai. Ekonomizmas ypač paliestų vargąją visuomenės dalį. Lygybės principas reiškia,

kad visų visuomenės narių gyvenimo vertė yra vienoda, vadinasi, visiems turi būti vienodai prieinama gyvybę gelbstinti ar skausmą palengvinanti sveikatos priežiūra. Varganoji visuomenės dalis dėl blogų gyvenimo sąlygų paprastai serga sunkesnėmis ligomis, o jų gydymas brangiau kainuoja. „Teikti žemą prioritetą tiems, kurių gydymas brangs, reiškia padaryti gyvenimo vertę priklausomą nuo jos išsaugojimo kainos“ (Harris 1998: 81). Atsisakymas gydyti sunkiomis ligomis sergančius ligonius reikštų jų gyvenimo vertės paneigimą, o tai akivaizdžiai prieštarautų moralei ir teisingumui.

Utilitari gyvenimo vertės samprata

Atliekant utilitarų skaičiavimą, gyvenimo vertė sutapatinama su jos pinigine verte. Tai ekonominis gyvenimo įvertinimo būdas, kai pirmiausia atsižvelgiama į gyvenimo vertės kainą, t. y. nustatoma, ar asmuo yra vertas tam tikro gydymo. Šiuo būdu įvertinami alternatyvių skirstymų rezultatai: ar deramai išleidžiami pinigai gydymui, ar tai atsiperka, t. y. ar po to juntamas bendros naudos padidėjimas. Ekonominė gyvenimo vertė nustatoma remiantis „būsimo atlyginimo bei noro mokėti metodais“ (Buchanan 1997: 328).

Pagal būsimo atlyginimo metodą, „jei mokesčių mokėtojų pinigai skiriami gydymui, tuomet mažesnė kaina bus tiems pacientams, kurių gydymas darys didžiausią pozityvų poveikį būsimam šių pacientų indėliui į vyriausybės fondus, sveikatos priežiūros ir bendros gerovės rėmimo programas iš vyriausybės fondų“ (Lockwood 1998: 43). Jeigu pinigine gyvenimo vertės kaina yra atvirkščiai proporcinga socialinei gyvenimo vertei po gydymo, tuomet bendroji asmens gyvenimo vertė yra didelė ir dėl to tai leidžia suteikti gydymui didelę vertę. Pagal šį kriterijų taip pat gali būti

vertinama žmogaus mirtis, t. y. kokia būtų ekonominė žmogaus mirties arba negalios kaina, už kurią ateityje mokės pati valstybė. Pavyzdžiui, sprendžiant, ar sunkia širdies ligasergantis pacientas, kuris yra darbingo amžiaus ir turi išlaikyti šeimą, turėtų būti gydomas atsižvelgiama į tai, ar jo gydymo išlaidos vėliau bus sugrąžintos didesniu mastu negu tuo atveju, jei jis nebūtų gydomas. Valstybei būtų pigiau mokėti už tai, kad toks pacientas būtų gydomas. Jei vienintelis efektyvus gydymo būdas būtų atlikti jam širdies transplantaciją, valstybė turėtų skirti tam lėšų. Priešingu atveju, jei lėšos nebūtų skiriamos, pacientas mirtų arba toliau gyventų taip, kad jo galimybės būtų smarkiai apribotos sunkios ligos, o valstybei tektų sumokėti daug didesnę kainą kompensuojant artimųjų išlaikymą, darbingų žmonių potencialo sumažėjimą, o negalios atveju – paliatyvią ligonio slaugą.

Anot A. Buchanano, „būsimas atlyginimas nėra adekvatus žmogaus gyvenimo vertės kriterijus, nes poveikis, kurį individo gyvenimas ar jo praradimas turi bendrai naudai, nėra ekvivalentiškas jos ar jo būsimam atlyginimui“ (Buchanan 1997: 328). Viena vertus, atlyginimo metodas yra nepakankamas, kad būtų galima apskaičiuoti individo indėlio, siekiant padidinti bendrą naudą, tikimybę. Individo atlyginimas geriausiu atveju atspindi naudą tiems, kurie už jo paslaugas moka, bet neparodo, kokią bendrą naudą duoda ar žalą daro jo paslaugos. Pavyzdžiui, darbininko, dirbančio kokioje nors chemijos pramonės gamykloje, atlyginimas priklauso nuo to, kiek jo darbas gali būti naudingas darbdaviui, tačiau atlyginimas nepateikia duomenų apie tai, kokią įtaką jo paslaugos daro bendrai atlyginimų sistemai ir gyvenamajai aplinkai, kurią jo sukuriama produktai greičiausiai teršia. Aiškinimu, pagrįstu būsimuoju atlyginimu, neatsižvelgiama į tai,

kokią poveikį – negatyvų ar pozityvų – daro dvišaliai mainai bendroms kainoms ir naudai.

Kita vertus, šis požiūris pateikia neteisingą aiškinimą, kaip žmonės iš tikrųjų vertina savo ir kitų gyvenimą. Vertė, kurią tėvai priskiria savo vaiko gyvenimui ir praradimui, kurį jaučia jam mirus, paprastai neturi nieko bendra su būsimomis vaiko pajamomis. Taip pat vertė, kurią individas priskiria savo gyvenimui, yra susijusi su tam tikros veiklos ir patyrimo, o ne būsimu atlyginimo atsižadėjimo verte. Taigi „būsimo atlyginimo kriterijus yra ne tik etiškai netobulas, nes tėra pritaikomas dvišaliams mainams, bet ir deskriptyviai nenuoseklus, nes suklastoja gyvenimo vertės paliudijimą, kuris pateikiamas netekties ar priverstinio atsižadėjimo atveju“ (Buchanan 1997: 329).

Pagal antrąjį metodą – norą mokėti – „priskiriama vertė gyvenimui ar gyvenimo pratęsimui pagal pinigų kiekį, kurį asmuo sumokėtų tam, kad išvengtų savo gyvenimo praradimo (ar sumažintų jo praradimo riziką) arba pratęstų jį tam tikrą laiką“ (Buchanan 1997: 329). Šis metodas, kitaip negu pirmasis, yra orientuotas į subjektą, t. y. subjektas pats nustato savo gyvenimo vertę, nors ir išreiškiamą piniginiiais kriterijais. Individas pagal savo paties, o ne kitų apibrėžiamas preferencijas priskiria savo gyvenimui vertę. Tačiau šis metodas negalės adekvačiai atspindėti gyvenimovertės sampratos tol, kol visuomenėje egzistuos nevienodas gerovės pasiskirstymas tarp jos narių. Pavyzdžiui, jeigu sudėtingos kepenų persodinimo operacijos bus atliekamos tam ligoniui, kuris galės susimokėti, tai nereiškia, kad jo gyvenimo vertė bus didesnė negu to, kuris negalės to padaryti. Ligoninės gydytojams abiejų gyvenimo vertė bus viena. Nors renkantis gydymo alternatyvas turtingasis norės, kad jam būtų atlikta transplantacija, o vargšas pasirinktų kitą, mažiau efektyvią alternatyvą, tai nereiškia, kad turtingojo as-

mens gyvenimas bus vertingesnis negu vargšo. Jei bendra atlyginimų skirstymosistema yra neteisinga, tuomet paslaugų pirkimą lems neteisingas pradinis išteklių pasiskirstymas, kuris taip pat neleis daryti etinių sprendimų apie asmens gyvenimo vertę. Pinigų kiekis, kurį asmuo nori sumokėti tam, kad išvengtų mirties arba pratęstų savo gyvenimo metus, priklauso nuo jo turimų išteklių dydžio, o ne nuo jų įsigijimo moralės.

Etiniai prieštaravimai, su kuriais susiduriama taikant šiuos metodus, daugiausia susiję su gyvenimo vertės aiškinimu. Viena vertus, nors jie adekvačiai apibrėžia ekonominę gyvenimo vertę, ekonominė gyvenimo vertė nėra pakankamas pagrindas bendrai naudai skaičiuoti, net jei laikomės bendros naudos padidinimo, darant skirstymo sprendimus, principo. Būsimas atlyginimas ir noras mokėti yra nepakankami gyvenimo vertės kriterijai, kur vertė yra objektyvi ir proporcinga parankia didžiausio naudingumo skaičiavimui prasme. Kita vertus, net jei sutinkame, kad šie metodai adekvačiai apibrėžia ekonominę gyvenimo vertę ir kad vienintelė objektyvi ir proporcinga vertės prasme yra ekonominė, taip pat turėsime sutikti, kad egzistuoja dar ir etiniai kriterijai (pvz., nešališkumo), kurie riboja asmens gyvenimo vertę (šia objektyvia ir proporcinga prasme). Pagal etinius kriterijus turi būti nustatyta asmens išteklių dalis, o tiksliau – kokios išteklių dalies asmuo turi atsisakyti. Taigi būsimi atlyginimai ir noras mokėti yra neadekvatūs gyvenimo vertės kriterijai, be to, naudingumo didinimas nėra vienintelė išteklių skirstymo sąlyga.

Alternatyvus ekonominiam būtų etinis gyvenimo vertės nustatymo būdas, gyvenimo vertę sutapatinant su jos moraline verte. Etinis vertinimas paneigtų utilitarizmo nuostatą, kad didžiausias gėris turi būti paprasčiausiai sulyginamas su „didžiausia bendra nauda“.

Gyvenimo vertę parodytų asmens socialinis vaidmuo bei jo nuopelnai. Pagal J. Rawlsą, asmuo yra vertas tiek, kiek jis įvaldęs visus tuos dalykus, kurie priklauso „socialiniam ir materialiniam jo savigarbos pagrindui“. Šis pagrindas ne tiek lemia būsimą asmens indėlį, kiek leidžia įvertinti jį supančias aplinkybes: darbo rūšį, gyvenimo būdą, šeiminei padėtį; taip pat parodo ne tai, ką asmuo dar gali padaryti, bet ką jis jau yra padaręs bendros gerovės labui. Jeigu utilitariame skaičiavime būtų atsižvelgta į šiuos gyvenimo vertės kriterijus, tuomet būtų galima paaiškinti, kodėl gydymas skiriamas būtent tam asmeniui, o ne kitam. Tačiau asmens vertė, taikant šią metodiką, yra sutapatinama su jo pinigine verte.

Išvados

Naudingumo terminas gali būti vartojamas nustatant gydymo vertę. Gydymo vertė pacientui yra apskaičiuojama pagal nustatytos kokybės gyvenimo metų (NKG) metodiką. Ši metodika padeda atskirti efektyvius gydymo būdus nuo neefektyvių. Efektyviais laikomi tie gydymo būdai, kurie maksimaliai prailgina kokybiško gyvenimo metus už minimalią kainą. Tad sprendimas skirti lėšas tiems gydymo būdams, kurie atitinka šią išvadą, būtų išties racionalus: taip būtų galima sutaupyti lėšų ir atsisakyti neefektyvių paslaugų.

Naudingumas, skaičiuojamas pagal NKG metodiką, labiau susijęs su bendru sveikatos priežiūros biudžetu negu su paciento gydymu. Utilitarią naudingumo sampratą pritaikant sveikatos priežiūrai, paciento poreikiai pasidaro nebesvarbūs. Utilitarizmas visų pirma siekia bendro gėrio, vardan kurio individualus gėris ne retai turi būti paaukojamas. Tiems, kieno sveikatos būklė neatitinka utilitaraus skaičiavimo kriterijų, gydymas gali būti neskiriamas. O ta

prieštarauja nešališkumo arba teisingumo principui. Taip pat neteisingas yra utilitarus gyvenimo vertės nustatymo būdas – gyvenimo vertė yra pernelyg supaprastinama tuomet, kai ji „įkainojama“ pinigais vienetais.

Tad utilitarus sveikatos priežiūros išteklių skirstymo modelis geriausiai atveju gali būti taikomas tuomet, kai reikia įvertinti skirtingų gydymo būdų efektyvumą. Tačiau efektyvumo

vertinimas neturi būti suprantamas kaip tam tikrų pacientų ignoravimas. Efektyvumas ir gyvenimo vertė nėra adekvačios sąvokos. Iš efektyvaus gydymo nėra jokios tikimybės gauti efektyvaus gyvenimo, nes gyvenimo vertė negali būti apskaičiuojama. Šis teiginys gal nuskaamba šiek tiek neįprastai, bet būtent tokius neįprastus vertinimus provokuoja naudingumo siekimas sveikatos priežiūroje.

LITERATŪRA

1. Gefenas, E. 1997. „Teisingumas ir šiuolaikinės medicinos kolizijos“. *Filosofija. Sociologija*, 2: 75–81.
2. Lietuvos sveikatos programa 1997–2010 m. Lietuvos Respublikos sveikatos ministerija.
3. „Vyriausybės sveikatos apsaugos programa 2000 – 2004 m.“, *Gydytojų žinios*, 2000, 22(272): 2.
4. Buchanan, A. 1997. „Health-Care Delivery and Resource Allocation“, in *Medical Ethics*, ed. R. Veatch. Sudbury, 321–361.
5. Chadwick, R. 1993. „Justice in Priority Setting“, in *Rationing in Action*, ed. Anon. London, 85–95.
6. Hadorn, D. 1994. „The Oregon Priority-setting Exercise: Quality of Life and Public Policy“, in *Contemporary Issues in Bioethics*, eds. T. Beauchamp and L. Walters. Belmont, 734–737.

7. Hansson, L. 1994. „Equality, Explicitness, Severity and Rigidity: The Oregon Plan Evaluated from a Scandinavian Perspective“, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 19: 343–366.

8. Harris, J. 1988. „More and Better Justice“, in *Philosophy and Medical Welfare*, ed. J. Bell and S. Mendus. Cambridge, 75–97.

9. Lockwood, M. 1988. „Quality of Life and Resource Allocation“, in *Philosophy and Medical Welfare*, eds. J. Bell and S. Mendus. Cambridge, 33–57.

10. Sen, A. 1979. „A Utilitarianism and Welfarism“, *The Journal of Philosophy*, 76: 463–489.

11. Williams, A. 1985. „The Value of QALYs“, *Health and Social Service Journal*, 18 July.

12. Rawls, J. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge.

UTILITARIAN MODEL OF RESOURCE ALLOCATION IN HEALTH CARE

Sigita Jakutyte

Summary

The article discusses the application of utilitarian theory to solve the problem of resource allocation in health care. The first part of the article presents the conception of the principle of utility in health care. In this presentation, the theoretical discussion of this principle is connected with the practical purposes of medicine. The second part of the article discusses utilitarian methodology by specifying the way it is applied to health care. According to this methodology, different ethical and economical categories are considered as commensurable. The article objects to

the idea of commensurability and suggests that the application of this methodology doesn't solve but just simplifies the problem of resource allocation. The third part of the article discusses utilitarian conception of the value of life. The identification of the value of life with its economical value shows some inner inaccuracies of the utilitarian theory. The article discloses the limits of the utilitarian theory in its application to health care.

Keywords: health care, utility, value of life, cost and treatment effectiveness, fairness.